# Íleo biliar: relato de caso e manejos cirúrgicos

**Beatriz. M. A. Testa1,** Júlia M. G. Assunção1, Lívia J. Freitas1, Humberto H. S. França2

**1** Faculdade de Medicina da Universidade de Itaúna, Minas Gerais, Brasil, 2025

2 Hospital Nossa Senhora das Graças, Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil, 2025

**Palavras-Chave:** Colelitíase; Obstrução Intestinal; Laparotomia; Fístula biliar.

**INTRODUÇÃO:** B.L.J, 53 anos, com colecistectomia videolaparoscópica agendada, deu entrada no pronto-atendimento com distensão abdominal, dor intensa e vômitos. A tomografia evidenciou íleo biliar, com cálculo impactado na transição jejuno-ileal. Optou-se por abordagem em dois tempos. Realizou-se mini-laparotomia infraumbilical, com identificação de alças dilatadas a montante e vazias a jusante. Havia perfuração na borda mesentérica no local de impactação, sendo realizada uma enterectomia segmentar. Outro cálculo menor foi encontrado proximalmente. A paciente evoluiu bem, com alta no 3º dia pós-operatório. Ressonância magnética e endoscopia digestiva alta evidenciou fístula colecistoduodenal na 2ª porção duodenal. Foi programada nova cirurgia por videolaparoscopia com colecistectomia e duodenorrafia. **OBJETIVO:** Relatar um caso raro de íleo biliar com abdome agudo perfurativo e revisar as opções terapêuticas na literatura. **MÉTODOS:** Realizou-se revisão nas bases PubMed e Scielo, com descritores em português, inglês e espanhol, a fim de embasar o relato clínico-cirúrgico apresentado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O íleo biliar é causa incomum de obstrução intestinal mecânica, representando 1-4% dos casos (5). Decorre de uma fístula bilioentérica, com impacto de cálculo na luz intestinal. O diagnóstico é desafiador, devido aos sintomas inespecíficos. A tríade de Rigler (pneumobilia, cálculo ectópico e distensão de alças) é característica, mas presente em menos de 50% dos casos (2). O tratamento é cirúrgico, com preferência pela enterolitotomia por laparotomia. A abordagem em dois tempos, com colecistectomia e correção da fístula após 4 a 6 semanas, é indicada em casos específicos (2,3,4). **CONCLUSÃO:** O tratamento do íleo biliar é essencialmente cirúrgico. A enterolitotomia isolada é a técnica mais comum, indicada para pacientes com maior risco cirúrgico. Pacientes estáveis podem ser submetidos à cirurgia em tempo único, com colecistectomia e reparo da fístula. A abordagem em dois tempos é preferida em casos selecionados (3). Técnicas minimamente invasivas, como laparoscopia ou endoscopia, são alternativas em pacientes de alto risco (3, 4).

# REFERÊNCIAS:

1. Sánchez P, Arámbula AM, Rodríguez A, et al. Íleo biliar: revisión del tratamiento quirúrgico. Cir Cir. 2018;86(3):280–5.
2. Torres-Villalobos G, Roldán-Valadez E, Díaz-Elizondo JA, et al. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar: reporte de caso. Cir Cir. 2022;90(3):412–6..
3. Clavijo-Alvarez JA, Holguín-Holguín DA, Restrepo-García DA, et al. Gallstone ileus: An overview of the literature. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(1):65–71.
4. Utrabo CAL, Marchi AF, Henry MAE, et al. Abdome agudo por obstrução por íleo biliar. Rev Col Bras Cir. 2013;40(4):323–5
5. Silva FVD, Carvalho RVH, Barbosa ABM, et al. Íleo biliar – uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Rev Col Bras Cir. 2010;37(1):46–9